Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 12 — 8 Février 1896. — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger. . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LA MORT PAR LE FROID, par le professeur LACASSAGNE 69

ANALYSES

Anatomie et Physiologie : Génération métamorphosique quasi-spontanée de Van Niessen, par M. BOTKINE. 70
Médecine expérimentale : Le bleu de méthylène comme diurétique, par MM. ALEXÏEFFSKY et BORISSOVSKY 70
Médecine : Cause probable de la purulence de l'épanchement pleurétique à la suite de la thoracentèse, par M. FELTZ. — De l'albuminurie cyclique, par M. P. MARIE. — Hémorrhagies gastro-intestinales au cours d'une pyléphlébite, par M. LIOUBOVITSCH. 70
Neurologie et Psychiatrie : Contribution à l'étude de la polioencéphalomyélite aiguë, par M. KAISER. — Le zona du tronc et sa topographie, par M. BRISSAUD. — La métamérie spinale et la distribution périphérique du zona, par M. BRISSAUD. 71
Ophthalmologie : La kératite superficielle à évolution lente et son traitement, par M. ANNIBALE NOTA 71
Médecine publique et hygiène : La prophylaxie de la tuberculose bovine dans l'État de New-York. — Morbidité et mortalité pendant l'expédition de Madagascar, par M. J. LEMURE. 72

La photographie de l'invisible, par le professeur IMBERT et M. BERTIN-SANS (3 figures). LV
Un nouveau procédé d'amputation, par M. CHAPUT. LVI

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine, M. TUFFIER. MM. REYNIER, PICQUÉ, RICARD, TERRIER. — Nouveau procédé d'amputation, M. CHAPUT. MM. BERGER, POIRIER, RICARD. — Arthrite végétante du genou, M. QUÉNU. LVII
Société médicale des hôpitaux : Des accidents dus à la sérothérapie de la diphtérie, M. HUTINEL. MM. CHANTEMESSE, SEVESTRE. — Quelques réflexions sur les indications des injections de sérum antidiphtérique et sur les accidents qui suivent ces injections, M. VARIOT. — A propos de l'appendicite expérimentale, M. DIEULAFOY. LVIII
Société anatomique : Kyste de la dure-mère, M. AUCLAIR. — Hernie de l'estomac, M. SOULIGOUX. — Anomalie de l'uretère, M. SOULIGOUX. — Ramollissement du cervelet, M. ZUBER LIX
Société française d'ophtalmologie : Traitement du décollement rétinien, M. PARINAUD. MM. CHEVALLEREAU, JOCQS, ABADIE, KŒNIG, GALEZOWSKI, DARIER. — Résection du staphylome cornéen, M. DARIER. — Les différentes causes d'affections lacrymales, M. GALEZOWSKI. M. VIGNES. — Des traumatismes du système cristallinien, distension de la zonule ; subluxation ; luxation du cristallin ; complications glaucomateuses ; thérapeutique, M. DARIER. MM. VIGNES, ABADIE, TERSON, DE SPÉVILLE, MEYER, PARENT. — Traitement local des kératites infectieuses de cause exogène par le violet de méthyle seul ou aidé de la cautérisation ignée, M. CHIBRET. MM. DARIER, ABADIE, DE SPÉVILLE, PARENT. LIX
Sociétés étrangères : Angleterre, Russie LX

BIBLIOGRAPHIE

Cours de Pathologie générale, par M. G. SARDA (de Montpellier). LX

FACULTÉ DE MÉDECINE

Travaux pratiques d'histologie. — 1° *Etudiants de 1re année (nouveau régime)* : Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été, obligatoires pour les élèves-docteurs de 1re annnée (nouveau régime), commenceront le lundi 2 mars 1896, et se continueront tous les jours de 1 heure à 3 heures de l'après-midi (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

MM. les élèves de 1re année, qui ont pris la 2e inscription en janvier 1896, seront convoqués individuellement par lettre spéciale.

2° *Etudiants de 2e année (ancien régime)* : Les travaux pratiques d'histologie pour les étudiants de 2e année (ancien régime) commenceront le lundi 11 mai et se continueront tous les jours de 1 heure à 4 heures.

MM. les élèves de 2e année, qui auront pris en avril 1896 la 7e inscription, seront convoqués individuellement par lettre spéciale.

HOPITAUX

Mutations dans les Hôpitaux. — En raison du décès de M. Prengrueber, la Société des chirurgiens des hôpitaux a décidé les mutations suivantes : M. Bazy va de Bicêtre à Tenon ; M. Chaput, chirurgien des Hôpitaux, devient chirurgien chef de service à l'hospice de Bicêtre.

Hôpital de la Pitié. — *Leçons sur les maladies de la peau.* — M. le Dr G. THIBIERGE commencera des leçons cliniques sur les maladies de la peau à l'hôpital de la Pitié, le vendredi 14 février, à 10 h. 3/4 et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Conférence d'externat. — MM. BERTHERAND, COYON, MILLET et VICTOR VEAU commenceront une conférence d'externat le vendredi 14 février à trois heures de l'après-midi à *l'Hôpital de la Charité*, et la continueront les vendredis suivants à la même heure. — *Objet de la première conférence* : Bras.

Conférence d'externat. — MM. GRIFFON, ALBERT GUILLEMOT et JEAN ROGER, internes des hôpitaux, commenceront une conférence d'externat, le jeudi 18 février 1896, à 4 heures de l'après-midi, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), et la continueront les jeudis suivants à la même heure.

NOUVELLES

Etudiants et médecins étrangers. — Après discussion, le *Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine* a voté, à propos de la question des étudiants et médecins étrangers, les deux conclusions suivantes, à l'unanimité :

1° Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une des Facultés de l'Etat. Ce diplôme ne pourra être accordé qu'aux étudiants possesseurs de leurs baccalauréats ou des brevets similaires, qui pourront lui être ultérieurement substitués, et ayant un casier judiciaire intact.

2° Les étudiants étrangers qui auront été inscrits dans les Facultés avec des dispenses ou des équivalences recevront, à la fin de leurs études, un certificat de scolarité qui ne donnera pas le droit d'exercer en France.

Société française d'otologie et de laryngologie. — La Société se réunira le lundi 4 mai 1896, à 8 heures du soir, au Palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins, Paris.

Le titre des communications devra être adressé, avant le 15 avril, au Secrétaire général.

A sa dernière session, la Société a mis à l'ordre du jour de sa prochaine réunion la discussion des questions suivantes : 1° Traitement des papillomes diffus du larynx ; rapporteur : M. Poyet. — 2° Traitement des végétations adénoïdes ; rapporteur : M. Helme. — 3° Traitement des vertiges labyrinthiques ; rapporteur : M. Gellé.

Société médico-chirurgicale. — *Séance du lundi 10 février 1896* : 1° Lecture du procès-verbal et de la correspondance ; 2° M. Michel-Dansac, rapport sur l'honorariat de M. Cadet de Gassicourt ; 3° M. Desnos, remarques sur les divers modes d'électrolyse de l'urèthre ; 4° Vote sur la candidature de M. Nicot-Christoyanaki au titre de membre titulaire.

Congrès international de thalassothérapie de Tunis. — Les membres de ce Congrès qui voudraient profiter de tous les avantages que l'Association française procurera à ses membres pendant la durée de la session de Tunis, devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Association de la Presse médicale, 14 boulevard Saint-Germain à Paris, avant le 15 février 1896.

VARIÉTÉS

La mortalité des médecins aux Etats-Unis. — Un confrère des Etats-Unis a fait la statistique de la mortalité dans ce pays, suivant les professions. La profession médicale n'est guère favorisée ; elle n'est dépassée que par les marchands de vin, les bouchers et les carriers. La mortalité chez les médecins est de 25,53 sur 1.000 ; tandis qu'elle n'est que de 20,25 chez les hommes de loi et de 19,33 chez les clergymen.

Les femmes médecins à l'étranger. — La réunion des fellows du Collège royal des chirurgiens de Londres vient de décider qu'à son avis, les femmes devraient être admises à obtenir les diplômes de cette institution. C'est le premier pas vers l'accès des examens aux candidats féminins.

Il ne paraît pas devoir, de longtemps, en être ainsi à Vienne, où le fait suivant vient de se passer.

Un communiqué officiel avait fait savoir aux jour-

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

DEPUIS QUATRE SIÈCLES : POUGUES
est le souverain remède des Affections de l'Estomac.

DRAGÉES FERRUGINEUSES DE F. GILLE
Contre la Chlorose, l'Anémie, le Lymphatisme, etc.

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

VICHY-CÉLESTINS
VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

Phospho-Glyco-*Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET

RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel

OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX

HAMAMELIDINE LOGEAIS

naux de Vienne, qu'une femme-médecin diplomée de la Faculté de médecine de Berne, venait d'être attachée à l'une des maisons d'éducation pour les jeunes filles d'officiers. Là-dessus, grand émoi parmi les médecins de Vienne. En effet, comment admettre dans un établissement public, l'introduction d'un docteur étranger, bien plus l'introduction d'une femme-docteur! alors qu'en Autriche, il faut, pour pratiquer la médecine, une diplôme d'Etat, et que l'accès des Facultés de médecine est absolument interdit aux femmes.

Aux représentants du corps médical viennois, le ministre de la guerre a répondu que Mme X, docteur suisse, n'avait été attachée à l'établissement d'éducation que pour y enseigner les applications des sciences naturelles, l'hygiène, etc., mais non pour y soigner les jeunes filles malades, puisqu'elle n'avait pas le diplôme obligatoire lui permettant de formuler des prescriptions thérapeutiques.

Le corps médical viennois s'est montré satisfait de la réponse; mais un journal de Vienne n'en voit pas moins dans ce fait un sorte de ballon d'essai à surveiller, et insiste à ce propos sur la nécessité d'éviter l'immixtion des étrangers dans la profession médicale, déjà si ingrate aux médecins nationaux.

LA PHOTOGRAPHIE DE L'INVISIBLE

Nous publions dans ce numéro deux reproductions photographiques qui nous ont été adressées par M. le professeur Imbert, de Montpellier.

Ces épreuves sont certainement les meilleures, les plus nettes, qui aient été obtenues jusqu'à ce jour par les rayons de Röntgen.

Il ne faut pas se dissimuler, en effet, que toutes les photographies parues dans les journaux illustrés ont été *truquées*, ainsi que le démontrait hier même M. le professeur agrégé Bar, au cours d'une remarquable leçon faite à l'hôpital de la Clinique d'accouchements et dans laquelle il mettait au point d'une façon magistrale les applications des rayons de Röntgen aux sciences biologiques et médicales. Il donnait en exemple les diverses photographies de mains, dont la seule qui soit l'expression exacte de la vérité, se trouve dans la *Presse médicale* du 27 janvier 1896 et a été reproduite dans la *Revue générale des sciences*.

Nous publions à nouveau cette reproduction de la photographie obtenue par le professeur Röntgen, et envoyée par lui à M. Poincaré; en la comparant avec les photographies obtenues par M Imbert, nos lecteurs verront quel est le chemin déjà parcouru, et jugeront des progrès auxquels nous pouvons nous attendre.

Nous croyons en même temps satisfaire aux nombreuses demandes qui nous sont parvenues, en résumant l'article si clair et si instructif de notre savant collaborateur, L. Olivier, le numéro dans lequel cet article a paru étant aujourd'hui épuisé.

E. D. L.

« Pour bien montrer en quoi consiste l'invention de Röntgen, le savant physicien de Würtzbourg, il est nécessaire d'en rappeler les sources, qui sont, croyons-nous, dans l'œuvre expérimentale de W. Crookes et les conceptions philosophiques de Maxwell.

Prenons, avec Crookes, un tube de verre scellé à ses deux extrémités, après que le vide y a été fait presque complètement. La paroi de chacune des extrémités est traversée par un fil de cuivre terminé, à l'intérieur du tube, par un pôle négatif et un pôle positif.

Relions les fils de cuivre aux pôles d'une bobine d'induction, et choisissons, à cet effet, une bobine de Rhumkorff, susceptible de donner des étincelles longues d'environ 8 à 10 centimètres.

Cette bobine peut être, comme on sait, actionnée par toutes sortes de générateurs électriques. Fournissons-lui, au moyen d'un gros fil, le courant continu d'une batterie de piles ou d'accumulateurs, courant que nous ferons d'assez grand débit et de pression relativement faible; la bobine l'interrompra à de très courts intervalles, et il en résultera, dans son circuit de fil fin, une série de variations très rapides d'état électrique, qui constituent son *courant induit*. Ce courant, qui est alternatif, différera aussi du courant inducteur en ce que la quantité d'électricité y sera beaucoup moindre, et la pression électrique incomparablement supérieure. Quand deux fils métalliques, fixés aux pôles de la bobine, viendront à se rapprocher, une étincelle jaillira entre eux. Ces faits sont depuis longtemps connus. On sait aussi que l'étincelle se produira d'autant plus longue, d'autant plus brillante que le milieu où elle éclatera sera plus raréfié. C'est là ce qui se passe du moins *grosso modo*, dans les expériences classiques de l'*œuf électrique* et des *tubes de Geissler*.

On s'en est tenu à cette constatation jusqu'au jour où M. Crookes, réussissant à obtenir la raréfaction des gaz à un degré qui confond l'imagination, constata, dans ses tubes, un phénomène absolument inattendu : un grand espace obscur tout autour du pôle négatif, la *fluorescence* de la région opposée du tube, et, dans l'intervalle, des cercles brillants, formant stratification lumineuse. Ces phénomènes ne se produisent pas dans le vide absolu, et ils disparaissent dès que la raréfaction du gaz est un peu abaissée. Il est donc nécessaire, pour qu'ils aient lieu, que le tube renferme un tout petit nombre de molécules de gaz.

Les expériences de M. Crookes à ce sujet l'ont conduit à voir dans le milieu physique constitué par ces rares molécules un état nouveau de la matière, l'état radiant, très différent de l'état gazeux ordinaire. Dans les gaz, même sous les faibles pressions obtenues avant lui, le nombre des molécules en mouvement dans tous les sens est si élevé qu'elles ne peuvent parcourir le récipient d'une paroi à l'autre sans s'entrechoquer une multitude de fois; leurs collisions modifient, à chaque instant, leurs directions et maintiennent l'égalité de pression dans toute la masse du gaz. Au contraire, dans le tube de Crookes, renfermant la matière radiante, le *libre parcours* des molécules serait la loi. Ces molécules, rayonnant dans tous les sens, se déplaceraient, d'une paroi à l'autre, sans se heurter assez souvent pour rétablir, en chaque point, la même pression. Et, lorsque la décharge électrique vient à se produire, du pôle négatif ou cathode vers le pôle positif, cette décharge orienterait les molécules dans sa direction, les projetant comme des balles sur le fond du tube opposé à la cathode. Précipitées avec des vitesses prodigieuses, suivant le trajet des rayons émanés de la cathode, elles bombarderaient la paroi du tube, et c'est à la consommation de leur force vive que correspondrait la *fluorescence*, alors manifeste, de la paroi.

Dans l'espace obscur qui entoure la cathode prennent donc naissance des rayons d'un ordre très particulier, dirigés vers l'extrémité opposée du tube, et dont la paroi de verre arrête la propagation. Ce sont ces rayons que, pour rappeler leur origine, on qualifie de *cathodiques*. Ils présentent des propriétés singulières; ils sont déviés par l'aimant, ce qui permet de les séparer des forces électriques.

Jusqu'à ces dernières années, ne pouvant les étudier en dehors des tubes de Crookes, on était tenté de croire qu'ils se propagent uniquement dans le milieu radiant. Or, cette hypothèse est tombée, depuis deux ans, devant une expérience sensationnelle de M. Lénard. Ce savant, élève de Hertz, montra alors que, si l'on ferme l'extrémité du tube avec une lame d'aluminium, extrêmement mince, mais cependant imperméable aux gaz, les rayons cathodiques la traversent. M. Lénard reçut ces rayons dans le vide et dans l'atmosphère à la pression normale, et constata qu'ils s'y propagent comme dans le tube de Crookes. Si donc les conditions de raréfaction réalisées dans ce tube sont nécessaires pour permettre aux rayons cathodiques de prendre naissance, il faut admettre que le milieu où ils se propagent, n'étant ni la matière radiante, ni la matière ordinaire, n'est autre que l'éther des physiciens.

Dès lors se posèrent une multitude de questions d'un haut intérêt pour la philosophie naturelle. Que sont ces rayons cathodiques, qui appartiennent au monde de la lumière, mais semblent pourtant échapper à plusieurs de ses lois? Quels sont leurs rapports avec les phénomènes connus de l'Electricité et de l'Optique? Une lame de verre les intercepte; ils ne peuvent être ni réfléchis, ni réfractés! Les gaz les plus dilués les diffusent, agissant sur eux à la façon d'un milieu trouble, d'un milieu non homogène.

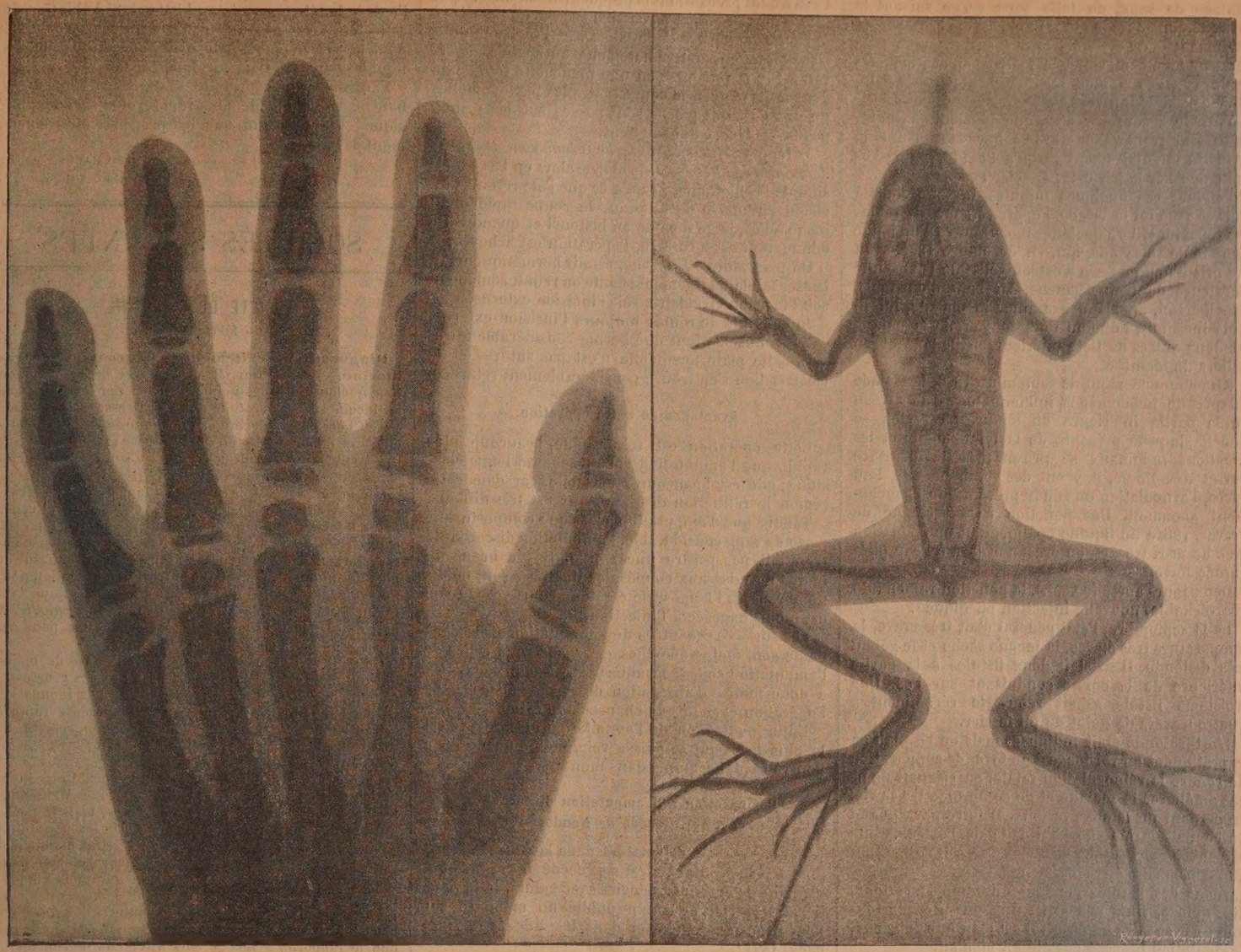
C'est là une lumière singulière, sur laquelle devait se porter la curiosité des philosophes. Mais, ce qui devait aussi attirer sur elle l'attention, c'était la nouvelle orientation que venait d'imprimer à la Physique une éclatante découverte : la démonstration expérimentale des idées de Maxwell.

L'illustre mathématicien anglais, rapprochant les équations de l'Electricité et de l'Optique, avait conçu l'hypothèse que Lumière et Electricité pouvaient être deux faces, deux modalités différentes d'un même phénomène fondamental : il avait calculé que, pour qu'il en fût ainsi, il fallait que la vitesse de propagation de l'*induction magnétique* se confondit avec la vitesse de propagation de la lumière. Celle-ci était connue depuis Rœmer (XVIIe siècle), tandis que la première n'avait jamais pu être convenablement mesurée. Un physicien de génie, le regretté Hertz, guidé par le grand rêve mathématique de Maxwell, eut, en 1889, la gloire de déterminer cette constante. En même temps, il montrait, par des expériences cruciales, que l'électricité se réfléchit et se réfracte comme la lumière, n'en différant que par la longueur, plus grande, de son onde. Alors surgit, en quelque sorte, un monde nouveau, embrassant les domaines, autrefois séparés, de l'Electricité, de la Chaleur et de l'Optique : la vibration se traduit sous forme électrique, calorifique, lumineuse, suivant l'étendue de l'onde qui la propage. Et tous les physiciens, surtout en Allemagne et en Angleterre, Hertz et Lodge en tête, cherchèrent à produire avec l'électricité ce qu'on avait jusqu'à présent obtenu en Optique, à faire, au moyen d'un nouvel ordre de vibrations, la *photographie de l'invisible*.

Telle a été la double origine des expériences que nous avons maintenant à décrire.

* * *

Une observation remarquable a retenu avec une insistance particulière l'attention de M. Röntgen sur l'ordre de considérations dont nous venons de donner un aperçu. Dirigé par cette idée, qu'à côté des rayons connus, il y en a probablement beaucoup d'autres, qui



constituent, depuis les plus grandes jusqu'aux plus petites longueurs d'onde, une gamme ininterrompue, il chercha, dans le cortège des rayons cathodiques, des vibrations susceptibles de traverser les milieux opaques à la radiation ordinaire.

Il prit un tube de Crookes, générateur de rayons cathodiques, l'enveloppa d'un épais papier noir, et le plaça dans une chambre obscure, près d'un carton recouvert de platino-cyanure de baryum. Ce sel devint aussitôt fluorescent. Ainsi, les rayons cathodiques restant enfermés dans leur prison de verre, de la paroi de celle-ci se dégageaient d'autres rayons, qui se propageaient invisibles dans le milieu ambiant, mais manifestaient néanmoins leur existence dans ce milieu en provoquant un phénomène de phosphorescence. M. Röntgen les désigna sous le nom de rayons X. Ces jours derniers l'Université de Würtzbourg a proposé de les appeler *Rayons de Röntgen*, désignation que l'histoire des sciences conservera.

A priori, l'activité de ces rayons, malgré leur invisibilité, n'était pas plus surprenante que celle des rayons ultra-violets de spectre, qui, pour ne pas exciter la rétine, n'en décomposent pas moins les sels d'argent. Mais les rayons de Röntgen offrent un bien autre intérêt : ils traversent des milieux opaques, tels qu'une planche de bois, un gros livre, de même que la lumière ordinaire traverse le verre, mais ils sont arrêtés par certaines lames métalliques, même peu épaisses. Enfin ils exercent sur les sels d'argent, sur la plaque photographique, une action analogue à celle de la lumière ordinaire. Si donc on approche de l'extrémité fluorescente du tube de Crookes, un morceau de bois par exemple, derrière cette planche la main d'une personne vivante, et derrière cette main une glace photographique, le résultat, après une pose d'environ cinq minutes et développement de la glace, sera le suivant : sur toute la surface de la glace, qui sera noire, se détachera une partie non impressionnée, correspondant exactement à l'ombre des os de la main. Les rayons de Röntgen ont donc traversé le bois, l'épiderme de la main, le derme, le tissu muqueux, les muscles, les ligaments, les éléments variés des nerfs, des artères et des veines, comme si rien n'avait été interposé sur leur trajet. Mais ils ont été arrêtés par le tissu osseux. »

Figures 1 et 2.

PHOTOGRAPHIE A TRAVERS LES CORPS OPAQUES

Emploi d'un diaphragme

Chacun a pu remarquer combien le défaut de netteté des photographies obtenues avec les rayons de Röntgen devait être un sérieux obstacle à l'utilisation, pour le diagnostic, du nouveau procédé d'investigation. C'est en partie à cette cause qu'il faut attribuer l'insuccès des tentatives faites pour reproduire photographiquement les parties épaisses du corps humain.

Préoccupés avant tout de cet inconvénient, nous avons cherché, faute de connaissances encore suffisantes sur les nouveaux rayons, à perfectionner en quelque point la technique opératoire et à augmenter ainsi la netteté des photographies obtenues. L'emploi d'un diaphragme, interposé entre la plaque et le tube de Crookes et près de ce dernier, nous a donné une notable amélioration quant à la netteté, et si l'on songe que tous les points de la surface du tube émettent, dans toutes les directions, des rayons de Röntgen, ce résultat n'a rien de surprenant.

Les figures 1 et 2 permettent de juger de la netteté que l'on peut réaliser par l'emploi d'un diaphragme. La figure 1, relative à une main d'enfant de huit ans, montre très clairement l'état de l'ossification.

La figure 2 est la photographie d'une grenouille dont le squelette se détache avec une assez grande netteté pour que l'on aperçoive en particulier les vertèbres et les articulations des pattes. Des différences de teintes suffisantes permettent en outre de reconnaître la présence de certains organes, poumons et lobes cérébraux, par exemple.

Des épreuves comparatives faites, toutes choses égales d'ailleurs, avec et sans diaphragmes, mettent d'ailleurs hors de doute l'importance du petit perfectionnement que nous signalons à ceux que ce fait intéresse.

A. Imbert, Professeur de physique à la Faculté de médecine de Montpellier.
H. Bertin-Sans, Chef des travaux de physique

NOUVEAU PROCÉDÉ D'AMPUTATION

Amputation discordante[1]

J'ai opéré en août 1895 deux malades auxquels j'ai fait l'amputation de cuisse sous-trochantérienne par le procédé à lambeaux.

Dans ces deux cas, j'ai été frappé de l'abondance de l'hémorrhagie. A partir du moment où l'on commence la transfixion jusqu'à l'instant où la section de l'os est terminée, le malade perd une quantité de sang énorme qui provient, soit des artères insuffisamment comprimées, soit des veines fémorales superficielles ou profondes, ou de leurs principaux affluents. La quantité de sang perdu varie entre 300 et 1.000 grammes, quantité d'autant plus importante qu'il s'agit de malades plus affaiblis par l'hémorrhagie ou l'infection antérieure.

La suppression de cette hémorrhagie me paraît très difficile à obtenir par les procédés ordinaires.

L'emploi de la bande d'Esmarch est impossible quand on coupe le fémur à la racine de la cuisse.

La compression de l'artère est rendue plus difficile par les mouvements auxquels on soumet le membre pendant le relèvement et la rétraction des lambeaux.

Enfin, il est très difficile de pincer tous les vaisseaux qui saignent avant de scier l'os, on perd ainsi un temps précieux et on n'aboutit qu'à perdre da-

1. Communication faite à la *Société de chirurgie*, le 5 février 1896.

vantage de sang, de telle sorte qu'en suivant le procédé classique, le plus simple est encore de poser seulement deux ou trois pinces sur les plus gros vaisseaux, de comprimer le reste avec des éponges et de scier l'os le plus tôt possible, puis de faire l'hémostase définitive.

J'insiste encore sur ceci, que plusieurs minutes se passent avant qu'on ait : 1° achevé la transfixion ; 2° incisé circulairement jusqu'à l'os ; 3° ruginé l'os pour décoller le périoste ; 4° scier l'os.

Pendant ces quelques minutes, le sang coule à flots et avec lui la vie de l'opéré. Je me fis toutes ces réflexions, il y a quelques mois, auprès d'un jeune homme de seize ans, qui, en décembre 1894, avait été pris d'une poussée d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur gauche. Au bout d'un mois, M. Albarran, appelé à examiner le malade, lui fit trois incisions, l'une au tiers moyen de la cuisse, les deux autres au tiers inférieur en dedans et en dehors du membre.

Au commencement de septembre 1895, le malade fut pris de phénomènes inflammatoires au niveau de la partie inférieure du fémur. La région se tuméfia, la peau présenta de la lymphangite et les ganglions inguinaux se prirent ; la température devint très élevée, il y eut des vomissements. Peu après, l'articulation du genou présenta un épanchement abondant. Une ponction à la seringue de Pravaz, retira un liquide opalin, on fit une ponction avec un gros trocart, on évacua et lava à l'eau phéniquée forte.

Deux jours après (9 sept.), la ponction ramena du pus véritable, nouvelle injection phéniquée.

Le 11 septembre, l'état général était très grave, la température très élevée, la langue sèche et le genou très distendu. Il existait deux fistules à la partie inférieure de la cuisse conduisant sur l'os. Une troisième fistule s'était réouverte récemment, à quatre travers de doigt du pli fessier.

L'arthrotomie était indiquée, mais on risquait en la pratiquant au voisinage d'un foyer de suppuration de rendre la réinoculation fatale ; on risquait de ne pas améliorer le malade et de compromettre sa vie, en perdant un temps précieux. D'autre part, quand on connaît la marche habituelle de l'ostéomyélite prolongée, on sait le triste avenir qui attend les malheureux qui en sont atteints. Le plus souvent, ils gardent des fistules pendant un temps fort long, dix, quinze, vingt ans et ils finissent presque toujours par se faire amputer. Il est clair que pour eux, l'amputation précoce eût été un bienfait.

Toutes ces raisons me déterminèrent à préférer l'amputation à l'arthrotomie.

Mais, ici, une nouvelle difficulté se posait ; en raison du siège élevé de la troisième fistule, j'étais conduit à pratiquer l'amputation sous-trochantérienne. D'autre part, avec l'expérience que j'avais de cette opération, il était à craindre que la perte de sang considérable que comporte cette amputation, ne compromît la vie de mon malade.

Pour éviter ces inconvénients, je me décidai à couper l'os très haut, au ciseau (ostéotomie sous-trochantérienne) pour enlever toute l'étendue d'os malade ; à sectionner les parties molles très bas et circulairement, afin d'éviter l'hémorrhagie des amputations élevées, et afin de diminuer l'étendue des surfaces cruentées ; enfin, à réunir l'incision de l'ostéotomie à celle des parties molles, afin de dénuder et de libérer complètement l'os.

L'opération ainsi exécutée fut très rapide, très facile, beaucoup plus facile qu'une amputation sous-trochantérienne classique ; la perte de sang fut nulle et le malade guérit parfaitement.

La cicatrisation fut un peu longue, parce que, ayant opéré en tissus infectés, je crus devoir ne pas réunir la plaie.

L'opéré, présenté le 27 janvier à la Société de chirurgie, a le plus beau moignon que j'aie jamais vu ; on ne peut pour ainsi dire pas trouver l'extrémité osseuse coupée, tant le coussin musculaire est épais.

Technique de l'amputation discordante sous-trochantérienne.

1er temps : *Ostéotomie sous-trochantérienne.* — Après avoir déterminé le point exact où devra porter la section osseuse, je fais en ce point une incision verticale de quelques centimètres située à la partie externe de la cuisse. Cette incision est conduite immédiatement jusqu'à l'os. Sur le plat du bistouri qui garde le contact osseux, je glisse un ostéotome de Mac Even, et, avec le gros maillet, je sectionne l'os avec les précautions classiques (sac de sable, etc.).

2e temps : *Section circulaire des parties molles à la partie inférieure de la cuisse.* — J'incise la peau circulairement, immédiatement au-dessus de la rotule ; je la retrousse en une manchette longue de deux doigts ; puis, je coupe toutes les parties molles jusqu'à l'os. Des pinces sont posées sur les principeaux vaisseaux qui saignent.

3e temps : *Incision externe réunissant les incisions précédentes.* — Je prolonge alors en bas l'incision de l'ostéotomie, jusqu'à ce que j'aie rejoint l'incision circulaire de la peau. Je coupe rapidement jusqu'à l'os, je le dénude au bistouri et quand cette dénudation est terminée, l'opération est achevée.

On peut alors *ad libitum*, réunir hermétiquement, laisser la plaie largement béante ou réunir seulement soit l'incision circulaire, soit l'incision externe.

Je conseille de réunir toujours l'incision externe, car les muscles font une hernie considérable à travers cette plaie lorsqu'elle n'est pas suturée et la cicatrisation s'en trouve considérablement retardée.

Avantages de cette opération.

Cette opération est très rapide, beaucoup plus rapide que l'amputation sous-trochantérienne classique ; elle est beaucoup plus facile, car dans cette région la rétraction des lambeaux est très difficile.

Tandis que l'amputation classique comporte une perte de sang considérable, l'amputation discordante n'en fait pas perdre une goutte. Il y a beaucoup moins de vaisseaux coupés, les ligatures sont moins nombreuses ; l'hémostase est donc courte et la plaie est moins exposée à l'infection.

Les surfaces cruentées de l'amputation discordandante sont moins étendues en surface que celles de l'amputation sous-trochantérienne à lambeaux. Il y a donc moins d'absorption de germes au cours de l'opération et moins de chances d'infection.

Enfin le moignon de l'amputation discordante est le plus beau qui se puisse voir, même quand on a bourré la plaie comme dans mon cas.

Comparaison de l'amputation discordante avec le procédé de Neudorfer.

Neudorfer a décrit en 1891 dans la *Wiener medicinische Wochenschrift* un procédé opératoire qui présente de grandes analogies avec celui que je viens d'exposer. Meisenbach a publié un mémoire sur l'opération de Neudorfer dans les *Annals of Surgery*, 1894[1].

Neudorfer commence à la partie externe de la cuisse une incision de 12 centimètres qu'il conduit jusqu'à l'os ; le périoste est soigneusement décollé à la rugine et l'os est coupé au ciseau, à la partie supérieure de l'incision. Il coupe ensuite les parties molles, circulairement, au niveau de l'extrémite inférieure de l'incision externe.

Les avantages relevés par Neudorfer, sont relatifs à l'absence de rétraction des parties molles, à l'absence de conicité du moignon, à la conservation du périoste et à la facilité opératoire.

L'opération que j'ai décrite est très différente, sinon dans son exécution, du moins dans le but qu'elle se propose, en ce sens qu'elle est caractérisée par les points suivants que Neudorfer n'a pas visés : section discordante de l'os et des parties molles, procurant comme avantages spéciaux une perte de sang beaucoup moindre et une diminution notable de l'étendue des surfaces cruentées.

Tandis que l'amputation de Neudorfer est applicable à tous les membres et à toutes les amputations, l'amputation discordante n'a de raison d'être que pour l'amputation sous-trochantérienne et la désarticulation de la hanche.

Technique de la désarticulation discordante de la hanche.

1er temps : *Ostéotomie du col fémoral.* — Au moyen d'une incision située sur le trajet du bord supérieur du col fémoral, je fais l'ostéotomie du col vers sa partie moyenne.

2e temps : *Section circulaire des parties molles à la partie inférieure de la cuisse.* — Ce temps s'exécute comme il a été dit plus haut.

3e temps : *Incision externe.* Réunissant les incisions primitives suivie d'isolement et d'ablation du fémur.

4e temps : *Extirpation de la tête fémorale.* — Avec un davier de Farabeuf, je saisis le col fémoral et j'enlève la tête fémorale au bistouri. Si l'ablation de cette tête n'est pas indispensable, il est préférable de la laisser en place, pour éviter l'accumulation des liquides dans la cavité cotyloïde.

J'affirme que ce procédé de désarticulation de la hanche est plus facile, plus rapide, moins hémorrhagique et plus bénin que les procédés antérieurement décrits.

H. Chaput,
Chirurgien des Hôpitaux.

1. Meisenbach. — « Amputation de Neudorfer ». *Presse médicale*, 1894, p. 322.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

5 février 1896.

Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. — **M. Tuffier.** Je vais essayer de fixer à mon tour quelques-uns des points soulevés par le rapport de M. Picqué sur la question de la grossesse extrautérine. J'ai eu l'occasion à Cochin et à Beaujon de soigner trente-cinq cas d'hématocèle ou de grossesse extrautérine. Sur ces trente-cinq malades, j'ai pu en suivre dix-neuf et avoir sur elles des renseignements très détaillés.

Comme M. Segond, je crois qu'il faut diviser les grossesses extrautérines en deux séries ; celles avant et celles après le cinquième mois. C'est d'ailleurs la division classique, celle de M. Pozzi. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer des malades porteuses de grossesse extrautérine de plus de cinq mois. Cependant je ferai une exception pour un cas de lithopédion que j'ai opéré avec succès en 1891 et qui a été publié dans les *Archives de gynécologie*. A part ce cas, je ne suis jamais intervenu que pour des grossesses âgées de moins de cinq mois.

On peut diviser les grossesses extrautérines de moins de cinq mois en trois grandes classes : 1° Les grossesses compliquées de rupture intrapéritonéale avec inondation du péritoine ; 2° les grossesses compliquées de rupture intrapéritonéale dans le cul-de-sac de Douglas, constituant une hématocèle enkystée simple ; 3° les hématocèles enkystées suppurées.

J'ai observé 4 cas de rupture intrapéritonéale avec inondation péritonéale. Comme le faisait observer M. Bouilly, les observations de ce genre sont rares, mais je pense qu'elles deviendront plus fréquentes, car les péritonites aiguës, avec lesquelles on les confond, sont maintenant plutôt conduites dans les services de chirurgie que dans ceux de médecine où on les observait autrefois uniquement. C'est en effet avec les péritonites aiguës par perforation qu'on confond surtout les ruptures de grossesses extrautérines avec inondation péritonéale. Dans 4 cas que je rapporte, 3 fois je suis intervenu moi-même, 2 fois le 2e jour et 1 fois le 3e jour. Dans mon premier cas je crus à une péritonite par perforation, dans le second j'hésitai entre une péritonite et une rupture de grossesse avec inondation péritonéale, dans le troisième je fis le diagnostic. Enfin, le 4e cas a été opéré par M. Hartmann et le diagnostic en a été fait par mon interne qui avait vu la malade précédente.

Chez ces 4 malades la laparotomie a été faite ; 2 fois il existait une grossesse extrautérine avec un fœtus libre qui a été enlevé ; dans le 3e cas, je n'ai pu que tamponner le fond de la cavité de Douglas et drainer avec un Mikulicz. Les 3 malades ont guéri. La 4e a été également un succès opératoire.

De ces observations je ne veux pas tirer de conclusions fermes ; je ferai simplement remarquer la gravité de ces cas, tant au point de vue des phénomènes généraux que des phénomènes locaux. A l'ouverture du ventre, on le trouve plein de caillots qu'il est impossible d'enlever complètement.

Relativement au point de vue opératoire, deux seules lignes de conduite se trouvent en présence : l'intervention par la laparotomie ou l'expectation : c'est la première seule que je préconise.

La deuxième classe de grossesse extrautérine compliquée d'hématocèle enkystée est la plus fréquente. J'en ai observé 15 cas ; 8 fois j'ai eu recours à la laparotomie et ai eu 7 succès ; une fois j'ai pratiqué l'incision iliaque et 6 fois l'incision du cul-de-sac postérieur.

Enfin j'ai opéré 12 hématocèles suppurées, 2 fois par la laparotomie et 10 fois par l'élytrotomie.

Toutes mes malades ont guéri, à l'exception de trois laparotomisées dont une est morte de tétanos et les deux autres de septicémie péritonéale. Ces deux-ci sont les hématocèles suppurées que je n'ai pas opérées par l'incision du cul-de-sac vaginal.

Je me résumerai en disant : 1° dans les grossesses extrautérines compliquées de rupture intrapéritonéale avec inondation du péritoine, l'intervention est préférable à l'expectation simple ; 2° dans les hématocèles enkystées, l'incision du cul-de-sac postérieur est la méthode de choix ; les résultats que j'en ai obtenus sont excellents et je n'ai jamais eu d'intervention secondaire à pratiquer. L'incision peut être primitive ou secondaire : si la tumeur s'accroît, il faut la pratiquer de suite, si elle est bien enkystée, on peut attendre un certain temps.

Quant à l'hystérectomie vaginale, elle peut être préco-

nisée dans quelques circonstances spéciales; c'est ainsi que dans un cas que j'ai observé où il s'agissait d'hématocèle compliquée de suppuration des annexes du côté opposé, cette opération eût été la seule bonne à pratiquer. Pour des cas particuliers de ce genre, on peut donc recommander la castration utérine par la voie vaginale.

M. Reynier. Je désirerais compléter en quelques mots ma première communication dont plusieurs points ont été mal compris.

Quand il s'agit d'une grossesse extrautérine non rompue, formant une tumeur unilatérale, tout le monde est d'accord et la laparotomie est, de l'avis commun, la seule opération à pratiquer.

S'il s'agit d'une hématocèle, la discussion commence. Pour moi, je reste encore partisan de l'ouverture du ventre parce que je ne crois pas possible, en l'état actuel des choses, d'établir un diagnostic exact. Est-on en présence d'une grossesse extrautérine vraie? S'agit-il, au contraire, d'un hématosalpinx rompu? A cette double question personne ne saurait donner une réponse précise : on ne sait jamais, en somme, s'il y a un fœtus ou non.

C'est précisément parce que je ne connais pas exactement la nature des lésions que je préfère laparotomiser toutes les fois qu'il n'y a pas d'infection secondaire. L'incision vaginale donne sans doute de très bons résultats, mais elle peut être insuffisante ou même dangereuse. C'est ainsi que quelques chirurgiens ont pu être amenés à regarder l'hystérectomie vaginale comme préférable à la seule incision parce qu'elle permet de mieux évacuer la collection rétro-utérine.

Je répète que l'incision du cul-de-sac postérieur peut être une opération de nécessité, mais ne doit pas être regardée comme une opération de choix. Elle ne permet pas l'ablation des annexes, qui souvent sont malades et par suite doivent être enlevées.

M. Picqué. Je ferai remarquer que jusqu'à présent M. Reynier est seul de son avis à soutenir la supériorité de la laparotomie sur l'incision du cul-de-sac postérieur pour hématocèle rétro-utérine.

M. Ricard. L'accord est fait sur la conduite à tenir pour une grossesse extrautérine de plus de cinq mois. La discussion reste pour les cas de grossesse de moins de cinq mois, compliqués de rupture intrapéritonéale; deux espèces sont à considérer : les ruptures avec inondation péritonéale et ictus péritonéal grave, les ruptures avec enkystement de la collection sanguine.

Pour celles-ci l'hystérectomie est à rejeter, les lésions annexielles étant unilatérales, et il faut choisir entre la laparotomie et l'incision du cul-de-sac postérieur. J'ai pratiqué les deux opérations et m'en suis également bien trouvé, mais les indications me semblent particulières pour chacune d'elles.

S'il s'agit d'une hématocèle enkystée, à froid, nettement rétro-utérine, formant une seule tumeur, on fera l'incision vaginale. Se trouve-t-on, au contraire, en présence d'une tumeur complexe, ou d'une hématocèle antérieure ou latérale, la laparotomie me semble préférable.

C'est donc, avant tout, affaire d'indication et on ne saurait établir de dogme, de loi absolue.

La deuxième classe de grossesse avec rupture comprend les cas compliqués d'inondation péritonéale. On prétendait autrefois que l'expectation était la meilleure manière de traiter les malades atteints de cette redoutable complication. Elevé dans ces idées, je les ai professées moi-même, mais aujourd'hui je n'hésite pas à dire qu'elles sont déplorables. J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer trois cas de grossesses compliquées de ruptures avec inondation péritonéale. Mes deux premières malades ne furent pas opérées : l'une guérit, l'autre mourut alors que l'opération l'aurait sauvée. La troisième est une femme que M. Reclus n'avait pas voulu opérer le matin, vu son état de faiblesse extrême et pour laquelle je crus devoir intervenir dans l'après-midi : je trouvai la trompe rompue et déchirée à son insertion utérine, je l'extirpai, liai les vaisseaux qui saignaient et ma malade guérit. Cette dernière observation montre assez le succès qu'on doit attendre d'une intervention, même dans les cas les plus désespérés.

Ces faits ne sont pas d'ailleurs aussi rares qu'on le croit et j'ai pu en relever une centaine. Quant au résultat de l'expectation, il se traduit par une mortalité de 85,8 pour 100.

M. Terrier. Dans les cas de rupture avec inondation péritonéale, je n'ai jamais compris l'abstention : il faut mettre un fil à ligature sur l'artère qui saigne, comme vient de le dire M. Ricard.

Relativement à l'hématocèle enkystée, les chirurgiens se divisent en deux camps : ceux qui ne craignent pas d'ouvrir le péritoine et ceux qui préfèrent s'en abstenir. Pour ma part, j'ai presque toujours eu recours à la laparotomie et mes résultats sont bons.

Contrairement à M. Bouilly, je crois que toute femme, atteinte de grossesse extrautérine, a des lésions annexielles et présente toujours un passé génital. Cette idée me conduit évidemment à cette conclusion que l'opération qui seule me donnera des résultats parfaits, qui me permettra d'enlever et le mal et sa cause, c'est la laparotomie. Je reconnais que la chirurgie que je préconise est plus hardie que celle que j'entends défendre, mais je la préfère parce qu'il me paraît préférable et plus rationnel d'enlever tout : caillots, poche et annexes.

Nouveau procédé d'amputation. — **M. Chaput** (voy. page LVI).

M. Berger. Le procédé de M. Chaput est ingénieux, mais restera un procédé d'exception. Je ne crois pas d'ailleurs que l'hémostase soit si difficile à assurer dans l'amputation élevée de la cuisse. Il y a une quinzaine de jours encore, j'ai pratiqué, sans difficulté et sans perte de sang, une amputation intertrochantérienne; j'avais eu simplement soin de faire bien assurer l'hémostase par la compression digitale de la fémorale au pli de l'aine.

Relativement à la désarticulation de la hanche, je crois que le procédé en raquette donne les meilleurs résultats.

M. Poirier. Le procédé de M. Chaput me semble compliqué et d'autre part je ne trouve pas que l'amputation élevée de la cuisse, par les moyens ordinaires, donne une effusion considérable de sang.

Quant à son opéré, je désirerais bien le revoir : peu de temps après son opération, il présentait un long moignon ballottant, sans consistance, et sur lequel un appareil prothétique aura peut-être peu de prise.

M. Ricard. Je n'ai pas besoin de rappeler combien M. Verneuil était avare du sang de ses malades. Dans l'amputation sous-trochantérienne, je lui ai vu avoir souvent recours, et avec succès, au procédé suivant. Il liait d'abord la fémorale, puis taillait le lambeau antérieur dont toutes les artères étaient pincées; il sciait alors l'os et taillait ensuite, tranche par tranche, et d'avant en arrière, le lambeau postérieur dont chaque artère était aussitôt liée que coupée. Cette façon de procédé était peu brillante, mais excellente dans ses résultats.

Arthrite végétante tuberculeuse du genou. — **M. Quénu** présente des végétations qu'il a retirées d'un genou paraissant atteint d'hydarthrose chronique simple : l'examen microscopique et les inoculations en ont démontré la nature tuberculeuse.

F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

8 février 1896.

Des accidents dus à la sérothérapie de la diphtérie. — **M. Hutinel.** Je partage à peu près la manière de voir de M. Sevestre, tout en faisant quelques réserves sur les raisons qui ont dicté ses conclusions.

Je ne nie pas que les accidents tardifs, qui se produisent à la suite des injections du sérum de Roux, ne soient dus à des infections streptococciques. Les analogies que présentent ces accidents avec ceux des angines à streptocoques rendent la chose vraisemblable; mais ni les examens directs du mucus de la gorge, ni les examens du sang, ni les autopsies n'ont établi le fait. Parfois l'érythème s'est produit chez des enfants qui n'avaient pas le streptocoque dans la gorge. J'ai vu deux enfants succomber à ces accidents tardifs, l'un après une angine associée, l'autre après une scarlatine, et je crois qu'il ne faut injecter le sérum de Roux aux enfants atteints de scarlatine ou d'amygdalites chroniques, que si l'on trouve une diphtérie nettement caractérisée par la clinique et la bactériologie.

M. Chantemesse. Toutes les fois qu'une albuminurie manifeste s'ajoute au syndrome provoqué par les injections de sérum, il ne faut pas conclure à la légère que le sérum seul est en cause. Pour démontrer l'action nocive de la sérothérapie, il faut s'appuyer sur des observations qui ne sauraient être trop complètes; il faut par exemple faire et répéter des examens bactériologiques du sang et de l'urine, alors seulement on pourra se faire une opinion.

Il est probable que, lorsqu'on sera muni de tous ces renseignements, on verra que les accidents observés sont dus, non pas au sérum, mais à une infection secondaire.

M. Sevestre. Je tiens à communiquer un cas très intéressant que je viens d'observer : il s'agit d'un enfant qui a présenté le syndrome complet d'une intoxication dite sérothérapique, et cela spontanément; c'est-à-dire sans qu'aucune injection sous-cutanée n'ait été pratiquée. Il s'agit, dans ce cas, d'une infection très probablement streptococcique.

Quelques réflexions sur les indications des injections de sérum antidiphtérique et sur les accidents qui suivent ces injections. — **M. Variot.** Je commence par rappeler les élévations thermiques temporaires et inconstantes qui suivent les injections de sérum antidiphtériques.

Ces hyperthermies, quand elles existent, n'ont pas encore reçu d'interprétation réellement satisfaisante. Il paraît bien difficile d'expliquer par une idiosyncrasie des sujets ces hyperthermies inconstantes qui ont été constatées par MM. Le Gendre et Sevestre, comme par moi.

Ne peut-on pas admettre que certains échantillons de sérum contiennent des substances hyperthermisantes, indéterminées jusqu'à présent.

M. Gaucher nous a signalé qu'un petit garçon, à la suite d'une injection soigneusement faite de sérum acheté chez un pharmacien, avait présenté des séries d'abcès. Nous observons à l'hôpital, de temps à autre, des abcès circonscrits, malgré toutes les précautions antiseptiques que nous prenons. Les accidents locaux semblent démontrer que certains échantillons de sérum sont pyogènes.

Sur plus de 1.500 enfants diphtériques qui ont passé au pavillon Bretonneau, j'ai observé un très grand nombre d'érythèmes avec élévation thermique : mais, je n'ai pas observé un seul cas de mort, que je puisse imputer avec certitude au sérum. Par contre, dans ma clientèle personnelle, j'ai vu des accidents tardifs dus au sérum, paraissant très graves. Je suis donc porté à croire que les accidents graves seraient relativement plus fréquents en ville qu'à l'hôpital. Cette fréquence ne pourrait-elle pas être expliquée par la différence des sérums; à l'hôpital, nos provisions sont vite épuisées; en ville, peut-être le médicament est-il déjà depuis longtemps dans l'officine du pharmacien, où il a pu s'altérer à la longue. Il serait donc bien utile que les flacons de sérum portassent la date de leur émission.

Pour ce qui est de l'interprétation proposée par M. Sevestre pour expliquer les accidents tardifs du sérum, je demande à faire les objections suivantes :

1° Si le streptocoque joue un rôle prépondérant dans la production des érythèmes post-sériques, pourquoi les manifestations streptococciques ne se produisent-elles qu'après douze ou quatorze jours, alors que le processus en évolution sur les muqueuses pharyngées et laryngées est éteint en quelque sorte?

2° L'urticaire est attribuée par M. Sevestre à l'action propre du sérum. Or, j'ai vu parfois l'urticaire précéder immédiatement une éruption rubéoliforme ou scarlatiniforme, d'autres fois alterner avec ces éruptions. Si l'on accepte que le rash ortié soit dû au sérum dans ces conditions, pourquoi ne pas admettre que les autres érythèmes coexistants ne soient pas en rapport avec la même cause.

Peut-être pourrait-on expliquer ces érythèmes par les produits du dédoublement des molécules albuminoïdes du sérum injecté, qui, après une période de temps assez fixe, détermineraient les troubles divers de l'intoxication sérique.

M. Le Gendre a appelé l'attention sur une question pratique du plus haut intérêt, à savoir si la constatation du bacille diphtérique dans la gorge doit imposer, dans tous les cas, le traitement par le sérum. A cet égard, il y a lieu d'établir une distinction importante. La valeur spécifique du bacille court est mise en doute par tous les observateurs; la constatation de ce bacille a donc une valeur très discutable.

Lorsque l'examen bactériologique décèle des bacilles moyens ou même des bacilles longs, l'examen clinique ne perd pas ses droits. J'ai vu un très grand nombre d'enfants ayant des angines légères avec exsudats punctiformes, ou bien circonscrits, que nous n'aurions jamais classés autrefois comme diphtériques.

Le microscope peut nous indiquer que nous sommes en présence de la diphtérie, mais c'est à l'examen clinique de nous apprendre si la diphtérie est légère, moyenne, grave ou toxique. C'est aussi l'examen clinique qui doit nous décider, en dernier ressort, à injecter ou non le sérum antidiphtérique.

Lorsqu'une angine avec exsudat me paraît très bénigne, j'attends l'examen bactériologique. Si, au contraire, je constate des placards pharyngés multiples, je fais pratiquer l'injection de sérum immédiatement, et l'examen bactériologique vient presque toujours confirmer l'examen clinique.

En somme, dans la pratique, l'examen clinique me paraît devoir toujours primer l'examen bactériologique. Je ne puis d'ailleurs que me joindre à tous les médecins qui ont déclaré que le sérum antidiphtérique est un excellent remède, mais le sérum veut être manié prudemment.

A l'appui de ce que j'avance, je joins la statistique de la mortalité par diphtérie pendant l'année 1895 à l'hôpital Trousseau. J'ai eu plus de 1.400 enfants diphtériques au pavillon Bretonneau, tandis que les années précédentes le chiffre n'excédait pas 800 ou 900 au plus. La bactériologie a donc introduit dans mon service un bon nombre de diphtéries légères, qui n'étaient pas classées autrefois commes diphtériques. Sur les 1414 enfants soignés, 205 sont morts, soit une mortalité totale de 14,5 pour 100.

A propos de l'appendicite expérimentale. — **M. Dieulafoy.** Dans la précédente séance de la Société médicale des hôpitaux, MM. Roger et Josué ont fait connaître le résultat de leurs expériences d'après lequel, une obstruction, même passagère, de l'appendice cæcal du lapin suffit pour amener chez cet animal une inflammation suppurative, en transformant un microbe inoffensif de l'intestin en un agent pathogène.

A l'occasion de cette communication, M. Rendu a bien voulu rappeler les leçons que j'ai faites cet hiver, à la Faculté de médecine sur l'appendicite, leçons dans lesquelles j'ai nettement établi, anatomiquement et bactériologiquement, pour l'appendicite de l'homme, les faits que viennent confirmer pour l'appendicite du lapin les expériences de MM. Roger et Josué.

Qu'il me soit permis de formuler brièvement les conclusions de treize leçons que j'ai faites en novembre et en décembre 1895, sur cette importante question de l'appendicite, leçons qui seront publiées prochainement, avec tous les détails que comporte cette étude médico-chirurgicale.

I. L'appendicite est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire en une *cavité close*.

II. Cette transformation du canal appendiculaire en cavité close peut se faire sur un point quelconque du canal

appendiculaire dont la longueur et l'étroitesse se prêtent si bien à cette transformation.

III. La transformation du canal appendiculaire en cavité close se fait par différents mécanismes que j'ai pu constater et étudier sur des appendices enlevés par les chirurgiens.

Le plus souvent, l'oblitération partielle du canal appendiculaire et sa transformation en cavité close, sont dues à la formation lente et progressive d'un calcul appendiculaire, qui est plus ou moins dur, suivant que les matières inorganiques (sel de chaux et de magnésie) s'adjoignent en quantité plus ou moins considérable aux matières organiques et stercorales du calcul. Il s'agit là non pas d'un calcul venu du cœcum, ainsi qu'on l'avait admis à tort, mais il s'agit d'une véritable lithiase appendiculaire, que je compare à la lithiase biliaire et à la lithiase rénale. J'ai pu démontrer, par de très nombreux exemples, la similitude pathogénique de ces trois lithiases, leur existence dans une même famille, et l'hérédité dans une même famille, que je propose de faire rentrer désormais dans le patrimoine de la goutte et de l'arthritisme.

4° Dans d'autres circonstances, la transformation du canal appendiculaire en cavité close est la conséquence d'une infection locale, tout à fait comparable à l'oblitération des canaux biliaires, au cas d'ictère dit catarrhal. Enfin, dans quelques cas, la transformation du canal appendiculaire en cavité close est le résultat lent et progressif d'un rétrécisssement fibreux, comparable au rétrécissement du canal de l'urèthre. Ajoutons que plusieurs de ces causes peuvent se trouver réunies chez le même sujet.

5° Les symptômes de l'appendicite bénigne ou grave, légère ou violente, n'éclatent que lorsque la transformation en cavité close est constituée. A ce moment, les microbes normaux de l'appendice, jusque là inoffensifs, pullulent et exaltent leur virulence. Il se passe ici ce qui se passe dans les très remarquables expériences faites par Klecky, sur la ligature d'une anse intestinale.

6° Dans l'appendicite ainsi constituée s'élabore un foyer d'infection parfois terrible, dont les principaux agents microbiens sont le colibacille et le streptocoque, ainsi que nous l'avons plusieurs fois constaté avec mon interne, M. Kahn.

7° La virulence de l'appendicite est parfois si considérable que le malade peut succomber du fait même de son appendicite infectieuse, les lésions et les symptômes de péritonite étant à peine ébauchés.

8° Dans d'autres cas, l'infection se fait de l'appendice vers le péritoine, les parois de l'appendice n'étant nullement perforées, et malgré cette absence de perforation, on peut voir éclater toutes les variétés de péritonites, septicémie aiguë du péritoine, péritonite généralisée, péritonite enkystée, abcès péritonéaux à distance ;

9° Enfin, dans les cas qui étaient considérés comme les plus classiques, parce qu'ils étaient le mieux connus, l'infection appendiculaire aboutit à la gangrène, à la perforation de l'appendice, et on assiste à l'évolution des différentes variétés de péritonites par perforation ;

10° Telles sont les recherches auxquelles je me suis livré. C'est d'après ces travaux brièvement exposés que j'ai pu édifier la théorie de l'appendicite par cavité close, chez l'homme, théorie qui vient d'être confirmée chez le lapin par les intéressantes expériences de MM. Roger et Josué.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

8 février 1896.

Kyste de la dure-mère. — **M. Auclair** communique l'observation d'une malade atteinte de paraplégie flasque, de gâtisme et qui présentait une scoliose vertébrale et un mal perforant plantaire. La mort survint par le fait d'une pleurésie droite. A l'autopsie, on trouva une tuberculose rénale droite primitive. Les voies urinaires inférieures et spermatiques, les poumons étaient indemnes de tuberculose. De plus, au niveau de l'hémisphère droit, on tomba sur une tumeur kystique de la dure-mère. Elle était longue de 16 centimètres, large de 7 cent. 1/2, et épaisse de 4 centimètres. Elle comprimait l'hémisphère du même côté ; la voute crânienne, très épaissie à ce niveau, présentait en outre des exostoses éburnées. Le contenu de ce kyste était formé par un liquide transparent, citrin et visqueux. Il s'agissait très probablement dans ce cas d'un ancien hématome de la dure-mère.

Hernie de l'estomac. — **M. Souligoux** présente un cas de hernie inguinale. Le sac contenait le grand épiploon, le côlon transverse, la portion terminale de l'intestin grêle et toute la portion prépylorique de l'estomac. Cet organe était véritablement gigantesque, une partie était contenue dans l'abdomen, l'autre dans le sac herniaire.

Anomalie de l'uretère. — **M. Souligoux** montre un cas de duplicité des uretères. D'un côté, les deux uretères s'abouchaient dans la vessie par deux orifices distincts ; de l'autre, les deux uretères se fusionnaient ensemble avant de s'aboucher dans la vessie.

Ramollissement du cervelet. — **M. Zuber** rapporte l'observation d'un individu de quarante-quatre ans, ancien syphilitique, ayant présenté quelques mois avant sa mort le syndrome cérébelleux presqu'au complet : marche titubante, attitude particulière de la tête et céphalalgie intense ; les vomissements manquaient. A l'autopsie, on constata une artérite veineuse très intense de toutes les artères encéphaliques et un foyer de ramollissement au niveau du lobe droit du cervelet.

R. MARIE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

4 février 1896.

Traitement du décollement rétinien. — **M. Parinaud.** Je vous présente une malade de quarante ans, actuellement parfaitement guérie d'un double décollement non myopique, qui paraît s'être développé à la fin d'août de l'année dernière. Lors du premier examen, le 16 septembre 1895, la vision était gravement altérée surtout dans l'œil droit ; de ce côté, le champ visuel était rétréci des deux tiers et l'acuité très réduite permettait seulement la numération des doigts à 1m,50. A gauche, l'acuité visuelle était sensiblement normale, mais le champ visuel était altéré dans toute sa moitié supérieure. Une simple ponction de la sclérotique au niveau du décollement de l'œil droit est pratiquée le 18 septembre, de manière à évacuer le liquide sous-rétinien. Deux jours après le champ visuel est redevenu normal, et l'acuité est de 1/4. La guérison se maintient pendant les mois qui suivent, mais il existe cependant au voisinage de l'ora serrata un léger soulèvement. L'acuité remonte à 1/3. Une nouvelle ponction est pratiquée deux mois après la première. En novembre, on pratique en outre une piqûre de la sclérotique au moyen du galvanocautère dans l'espoir de provoquer un petit foyer de choriorétinite et de prévenir une récidive. Cette ponction ignée n'a pas donné le résultat que j'en attendais ; mais, malgré cela, l'amélioration s'est maintenue du côté opéré, tandis que, dans l'autre œil non opéré et jouant le rôle de témoin, le décollement se maintint sans aucune modification jusqu'en décembre 1895, époque à laquelle je pratiquai une nouvelle ponction de l'œil droit et une ponction de l'œil gauche. Depuis lors, la guérison est complète ainsi que vous pourrez vous en assurer par l'examen ophthalmoscopique ou par l'exploration du champ visuel.

En somme, c'est aux ponctions de la sclérotique et au repos relatif (le malade habitant la province et ayant fait plusieurs fois le voyage en chemin de fer) que je crois pouvoir attribuer la guérison. Je vous ai dit qu'il ne s'agissait pas d'un décollement myopique. La cause première de ce décollement double échappe à nos investigations, mais je ne considère pas ces décollements non myopiques comme plus favorables au point de vue du pronostic que les décollements survenant au cours de la myopie.

J'ai revu hier un malade que j'avais soigné l'an dernier et chez lequel j'ai obtenu, par la simple ponction et le repos, une guérison parfaite qui s'est maintenue depuis un an.

Sur les 5 cas que j'ai traités depuis un an et demi : 2 fois j'ai obtenu une guérison complète, 3 fois j'ai fait la ponction de la sclérotique avec le galvanocautère. Mais j'ai abandonné cette manière de procéder qui a des inconvénients surtout au point de vue de la transparence du corps vitré et je crois que les ponctions de la sclérotique avec le couteau de de Graefe peuvent nous donner des résultats satisfaisants, surtout dans les cas où le décollement est récent et où il n'existe pas de déchirure de la rétine. Les ponctions doivent être faites aussi en arrière que possible, et si l'on obtient un résultat immédiat, il est important de continuer le traitement et de renouveler les ponctions de la sclérotique si le décollement se reproduit.

M. Chevallereau. Je crois que nous guérissons habituellement les décollements non myopiques, tandis que les décollements myopiques plus graves ne nous donnent que des insuccès. Je craindrais en transperçant la sclérotique avec le galvanocautère, ainsi que M. Parinaud l'a pratiqué, de provoquer l'atrophie du globe oculaire en laissant une fistule persistante. Dans les cas que j'ai traités par des applications de pointes de feu ne traversant pas la sclérotique, je n'ai pas obtenu de guérison.

M. Jocqs. J'observe un malade atteint d'une myopie de 10 D et présentant d'un côté un vaste décollement. Après une ponction de la sclérotique, j'ai obtenu une réapplication complète de la rétine. Trois jours après, j'ai fait une nouvelle ponction et depuis un mois que je l'ai opéré, le développement ne s'est pas reproduit.

M. Abadie. Je crois qu'on reviendra aux injections intraoculaires pour le traitement du décollement de la rétine. J'ai obtenu avec la teinture d'iode quelques résultats définitifs et remarquables. Mais il y a quelques années on redoutait, après l'injection dans le corps vitré, des complications septiques qu'on saurait éviter aujourd'hui. Les ponctions de la sclérotique constituent un traitement palliatif, car le traitement curatif est encore à trouver.

M. Kœnig. Dans un cas de décollement chez un myope de 3 D, j'ai obtenu une guérison complète par la ponction et cette guérison s'est maintenue depuis trois ans.

M. Galezowski. La sclérotomie est insuffisante dans le décollement. Je pratique une véritable ophthalmotomie ; je fais avec le couteau une ponction et une contre-ponction de manière à évacuer complètement le liquide L'opération doit être faite le plus tôt possible, après l'apparition du décollement.

M. Darier. J'ai traité 3 cas par l'électrolyse et j'ai obtenu une guérison et une amélioration. Dans le troisième cas, l'électrolyse ayant été sans effet, j'ai pratiqué ainsi que le conseille Deutschmann, une injection intraoculaire de corps vitré de lapin, mais je n'en ai obtenu aucune amélioration.

M. Parinaud. Mon intention était simplement de vous présenter une malade guérie et non de faire un travail complet sur le décollement rétinien. Dans les décollements avec déchirure de la rétine, les ponctions ne m'ont donné aucun résultat. Les résultats obtenus par l'électrolyse me paraissent difficilement attribuables à l'action électrolytique, puisque celle-ci s'accompagne toujours d'une ponction. Dans le traitement du décollement rétinien, deux choses me paraissent rationnelles : l'évacuation du liquide et le repos combiné aux instillations d'atropine.

Résection du staphylome cornéen. — **M. Darier** présente un enfant chez lequel il a fait la résection et la suture d'un vaste staphylome cornéen. Le résultat est assez satisfaisant au point de vue esthétique, car, au point de vue fonctionnel, il n'y avait rien à attendre.

Les différentes causes d'affections lacrymales. — **M. Galezowski.** Je ne veux envisager que les affections lacrymales consécutives aux exostoses du canal nasal. Ces rétrécissements sont dus à la lésion osseuse et non à une lésion de la muqueuse. On ne les franchit pas avec les sondes ordinaires. Je vous présente un modèle de sonde beaucoup plus fort et plus volumineux que les modèles ordinaires qui permet de franchir ces rétrécissements en pressant vigoureusement. Trois malades sur cinq ont été guéris.

M. Vignes. Je ne comprends pas comment M. Galezowski a pu faire disparaître à l'aide de ses sondes une exostose faisant saillie dans le canal nasal.

M. Galezowski. Je ne la fais pas disparaître, je l'écarte seulement.

Des traumatismes du système cristallinien ; distension de la zonule ; subluxation ; luxation du cristallin ; complications glaucomateuses ; thérapeutique. — **M. Darier.** J'ai observé deux cas où, à la suite d'un traumatisme, j'ai constaté une myopie de — 2 D et de — 6 D due à une distension de la zonule. Dans les deux cas, les instillations d'ésérine et l'application des courants galvaniques a amené très rapidement la guérison. Dans un troisième cas, où la luxation du cristallin était complète, le cristallin ayant disparu presque complètement du champ pupillaire, après une seule instillation d'ésérine, le cristallin reprit brusquement sa place dans la fossette hyaloïdienne, et cela après être demeuré treize jours luxé. La reposition s'est faite sans que l'ésérine ait produit un rétrécissement de la pupille. Ici encore, une fois le cristallin en place, myopie traumatique de — 7 D $V = \frac{1}{4}$; ramenée bientôt à — 4 D puis à — 3 et enfin à un simple astigmatisme de — 1,5 D à 30 degrés. $V = \frac{2}{3}$. Une poussée de glaucome suraiguë fut guérie *ad integrum* par une iridectomie.

Dans un quatrième cas de luxation du cristallin, une poussée de glaucome guérit d'une façon aussi complète par l'iridectomie. En terminant, M. Darier présente le dessin d'un cas de double luxation congénitale du cristallin compliquée de microphakie ; en effet sur le dessin, le diamètre du cristallin n'égale pas celui de l'orifice pupillaire dilaté, et à 30 centimètres, à l'image droite, on voit tout le fond de l'œil comme dessiné sur la face postérieure du cristallin.

M. Vignes. J'ai observé l'issue du vitré au cours d'une iridectomie pour glaucome aigu consécutif à un traumatisme. Dans le cas de M. Darier, je crois qu'il s'agit plutôt d'une rupture de la zonule que de sa distension.

M. Abadie. Dans un grand nombre de cas de luxations du cristallin, le glaucome se développe malgré l'iridectomie. Dans ces cas, il faut faire l'extraction du cristallin. Il est possible que l'ésérine employée d'une manière continuelle puisse prévenir le glaucome.

M. Terson. De Graefe insistait déjà sur la gravité des glaucomes consécutifs à la luxation du cristallin. Je rappellerai, à ce propos, le cas que j'ai présenté à la *Société française d'ophthalmologie* en 1896 et où, bien qu'un glaucome absolu ait persisté pendant plusieurs années, il n'y avait aucune soudure de l'iris à la cornée et où, par conséquent, l'iridectomie aurait été inefficace.

M. de Spéville. Je soigne un malade, qui sans cause présentait une luxation du cristallin dans la chambre antérieure. Comme il existait une tension intraoculaire, j'ai fait l'extraction du cristallin et la guérison s'est maintenue.

M. Meyer. La reposition du cristallin n'est pas impossible ; il y en a quelques cas très nets, mais par quel mécanisme peut-elle se produire ?

M. Parent. La question a été agitée à propos d'un cas de M. Abadie. Lorsqu'on pratiquait l'abaissement du cristallin, on voyait dans certains cas le cristallin reprendre sa place spontanément et je ne crois pas que dans le cas de M. Darier on puisse attribuer cet effet aux instillations d'ésérine.

Traitement local des kératites infectieuses de cause exogène par le violet de méthyle seul ou aidé de la cautérisation ignée. — M. Chibret. Dans mon mémoire sur l'antisepsie de l'œil en général et plus spécialement par le cyanure de mercure, j'ai dit que l'application de teinture d'iode me donne de très bons résultats dans les cas où j'appliquais autrefois le galvanocautère. La même année, Coppez a déclaré se rallier au traitement par la teinture d'iode qu'il considère comme donnant aussi d'excellents résultats. J'ai voulu comparer, à l'application de teinture d'iode, les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure, mais j'ai dû revenir à la teinture d'iode plus efficace st moins douloureuse. Depuis deux ans, j'ai abandonné la teinture d'iode pour la remplacer par un agent qui lui est supérieur. C'est la solution de violet de méthyle dans l'alcool au dixième. Je m'en sers en attouchements discrets, profonds, mais limités à l'ulcère. La raison qui m'avait conduit théoriquement à adopter cette solution était une énorme puissance de diffusion et de fixation. La coloration persiste quelquefois quarante-huit heures après l'application. Les attouchements ne sont pas plus douloureux avec le violet qu'avec l'iode, peut-être moins. Les résultats thérapeutiques sont certainement supérieurs. Les attouchements de galvanocautère ont l'immense inconvénient de laisser après eux des leucomes cicatriciels étendus. Je restreins son emploi aux infections profondes consécutives aux traumas et opérations. Mais dans les ulcères cornéens où il s'agit de ne pas perdre inutilement un millimètre carré de transparence cornéenne, il y a lieu d'être plus réservé et après avoir banni complètement le feu, j'y reviens dans certains cas avec une extrême discrétion.

Quant aux injections sous-conjonctivales, appliquées aux infections cornéennes, elles ne méritent ni l'excès de bien, ni l'excès de mal que leurs partisans ou détracteurs leur attribuent. Leur inconvénient principal est d'être douloureuses. Je leur ai presque complètement substitué l'emploi d'un collyre au cyanure de mercure, instillé toutes les heures et je trouve à ce procédé indolore, les avantages d'une injection sous-conjonctivale faite quotidiennement. Il est bien entendu que je ne parle ici que des infections de la cornée où la syphilis n'est pas en cause.

Le moyen pratique d'appliquer légèrement le violet de méthyle consiste à enrouler un brin de ouate au bout d'un fil de platine. On trempe la ouate dans la solution et on se débarrasse de l'excès de liquide en attouchant préalablement un linge. Pour conclure, j'estime qu'actuellement, le meilleur traitement de la kératite infectieuse consiste soit dans l'application pure et simple du violet sur l'ulcère, soit dans une légère cautérisation ignée des bords de l'ourlet bowmanien pour favoriser l'action périphérique du violet de méthyle.

Un dernier mot touchant l'hypopion que j'ai pour règle d'évacuer par une paracentèse toutes les fois que sa ligne de niveau est à 2 millimètres au-dessus de l'angle irido-cornéen et qu'il est visible au premier coup d'œil.

M. Darier. Il y a une grande variété de cas d'ulcères cornéens. Il y en a qui guérissent par simple occlusion, d'autres par applications de topiques. Il faudrait, pour pouvoir discuter le traitement, trouver des éléments précis de diagnostic dans l'étiologie des ulcères cornéens.

Les injections sous-conjonctivales me donnent de bons résultats dans les cas où il existe de l'iritis.

M. Abadie. Il ne faut pas abandonner le galvanocautère qui est un instrument merveilleux, mais, au début des ulcères infectieux de la cornée, on aura recours aux injections sous-conjonctivales d'une à deux gouttes de solution de sublimé au millième. Si l'ulcère est plus grave ou s'il est plus avancé, on aura recours au galvanocautère qui, bien manié, limite le mal et empêche la destruction complète de la cornée.

M. de Spéville. Les injections sous-conjonctivales combinées aux attouchements de teinture d'iode m'ont donné des résultats merveilleux dans les 4 cas que j'ai publiés.

M. Parent. Il me paraît plus rationnel d'appliquer le médicament au point malade qu'à distance et j'aurai plutôt recours aux attouchements qu'aux injections sous-conjonctivales.

V. Morax.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

ANGLETERRE

Le **diagnostic des affections hépatiques** est souvent difficile et, partant, le traitement à suivre en est d'autant plus délicat.

Lauder Brunton vient à ce propos de relater à la *Medical Society of London* une série d'observations qui montrent une fois de plus combien les médecins et les chirurgiens peuvent être perplexes et hésitants. La première observation a trait à un homme de quarante-cinq ans, atteint de jaunisse intense depuis deux ou trois mois, et qui, graduellement, perdait ses forces. L'examen faisait découvrir une volumineuse tumeur droite, débordant le rebord cotal, et qui était la vésicule biliaire distendue. T. Smith ouvrit cette vésicule et la fixa à la peau; elle ne renfermait aucun calcul, et était simplement distendue par de la bile. Trois jours après l'opération, la malade succombait dans le collapsus. L'autopsie montre que le foie était parfaitement sain, mais qu'il existait d'autre part, sur le cholédoque, et en son milieu, un petit nodule, qui n'était autre chose que le prolongement d'une tumeur carcinomateuse voisine. Comme le dit l'auteur, le diagnostic était assurément fort difficile, dans ce cas.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, atteint de troubles digestifs depuis cinq ans, et qui, depuis un an, était dans un fort mauvais état de santé. On songea à une cirrhose, et il s'agissait, en réalité, d'un cancer du foie qui enleva le malade quelques mois plus tard.

Le troisième cas est encore un homme de quarante-cinq ans qui avait un foie débordant les fausses côtes et atteignant l'ombilic; on se demandait s'il s'agissait d'un foie syphilitique ou d'un cancer. Sous l'influence de l'administration de l'iodure de potassium, le foie diminua de volume et redevint normal en quatre ou cinq mois.

Chez une femme, on trouva un foie qui descendait jusque dans le pelvis. Le côté gauche était souple, mais le droit était rempli par une masse que l'on pensa être la vésicule biliaire distendue; ce diagnostic semblait d'autant plus rationnel que la malade était atteinte de jaunisse. On songea à une affection néoplasique. L'autopsie montra que ce que l'on avait pris pour la vésicule biliaire dilatée était en réalité un lobe du foie de configuration particulière et que la masse prise pour la tumeur maligne comprimant le cholédoque était simplement le lobe droit du foie.

Chez un homme de soixante ans, même erreur de diagnostic. On songe soit à une gomme, soit à un kyste du foie et l'autopsie montre un cancer du lobe gauche du foie.

Un septième cas a trait à une femme qui avait rendu un calcul biliaire un an auparavant et se plaignait de malaise et de faiblesse sans présenter de jaunisse nette. L'examen fit croire à un rein flottant pour lequel un bandage fut prescrit. Comme il n'existait aucune amélioration, Knowsleg Thornton opéra et trouva la vésicule biliaire distendue et remplie de calculs.

La huitième observation citée par l'auteur est celle d'une femme de trente-deux ans, qui se plaignait, depuis deux ou trois ans, de vives douleurs dans la région iliaque droite. On crut à une affection d'origine rénale. La malade, durant les cinq années qui suivirent, eut plusieurs crises douloureuses dans le côté droit, s'accompagnant de symptômes péritonitiques. En juin 1893, elle présentait, à l'examen, sous le foie, une tumeur dont on avait noté l'existence deux ans auparavant et que l'on diagnostiqua vésicule biliaire dilatée ou peut-être rein flottant. En janvier 1894, la malade devint enceinte, accoucha en septembre et mourut, en décembre, de péritonite aiguë. A l'autopsie, on trouva la vésicule biliaire pleine de calculs et très distendue.

En terminant, l'auteur cite deux autres cas. L'un a trait à un homme présentant des symptômes hépatiques et qui fut pris d'accidents rapportés à une typhlite. Quelques mois plus tard, on sentait, à l'examen, une tumeur débordant les fausses côtes droites et atteignant l'ombilic. Trèves l'opéra et trouva une vésicule épaisse de 1 centimètre, et contenant plusieurs gros calculs. L'autre observation est celle d'un homme de soixante ans, qui souffrait depuis six ans d'accidents de lithiase biliaire; il était très amaigri et atteint de jaunisse. Le foie n'était pas très augmenté et il existait, sous cet organe, une petite tumeur arrondie, que l'on crut être une vésicule biliaire, dilatée par suite de l'enclavement d'un calcul ou d'une rétraction cicatricielle du conduit.

L'opération montra que la soi-disant vésicule biliaire était formée par le grand épiploon et l'extrémité pylorique de l'estomac. Le malade guérit.

RUSSIE

Le **traitement des endométrites post-puerpérales** consiste ordinairement, comme on le sait, dans des lavages de la cavité utérine par différentes solutions antiseptiques. Ces lavages présentant des inconvénients assez graves — ne citons pour le moment que l'intoxication dont on a cité des cas assez nombreux. — **Gonsartschik** a eu l'idée de *remplacer les lavages antiseptiques par le tamponnement.* Son procédé qui a fait l'objet d'une communication à la *Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg* est le suivant. La malade mise sur une table, les jambes fortement relevées, on introduit dans le vagin un spéculum de Cusco; les lèvres du col sont maintenues écartées par des pinces. On commence par nettoyer à l'aide de petits tampons ouatés, fixés sur une pince, le canal central, ensuite on procède au nettoyage de la cavité utérine. Lorsque les tampons introduits dans cette cavité en ressortent plus ou moins secs, on introduit dans l'utérus, très profondément, un tampon iodoformé trempé dans du sublimé (à 1 pour 2000). Le tampon doit être assez gros pour être appliqué étroitement aux parois de l'utérus; dans le canal cervical, au contraire, le tampon doit être un peu plus mou, de façon à ce que les sécrétions de la cavité puissent s'écouler librement. Ceci fait, on remplit le vagin par un grand morceau de gaze. Le tampon est laissé en place pendant douze heures environ, après quoi, on l'enlève et on le remplace par un autre, en prenant les mesures préparatoires. La malade pendant le traitement doit prendre de l'ergot de seigle à l'intérieur; on applique en outre une vessie de glace sur le ventre. Le traitement sera exécuté jusqu'au moment où les principaux symptômes de l'endométrite auront disparu.

Gonsartschik a appliqué ce procédé dans 35 cas; toutes les malades ont complètement guéri, sans avoir présenté de complications. La durée moyenne du traitement était de neuf jours environ, le nombre de tamponnements divisé par le nombre de malades était de cinq et demi. En se basant sur l'observation de ces cas, Gonsartschik formule les conclusions suivantes : 1° on obtient par le tampon un écoulement complet des sécrétions utérines, il ne se produit aucun traumatisme des parois. Le tamponnement a donc un grand avantage sur les lavages par solutions antiseptiques, vu que dans ce procédé on peut faire pénétrer la sécrétion septique dans les voies lymphatiques; 2° si le tampon vaginal est trop imprégné, il faut le remplacer pour permettre un écoulement constant des sécrétions utérines, s'opposer ainsi à une accumulation de ces sécrétions dans l'utérus; 3° l'avantage du tamponnement sur le lavage s'explique encore par ce fait que, dans le premier cas, l'écoulement des sécrétions se fait sans interruption; 4° le tampon intra-utérin étant un corps étranger augmente les contractions utérines; 5° le tampon, remplissant la cavité utérine et le canal cervical, s'oppose à l'accolement des parois et à la fermeture du canal cervical, ce qui serait un obstacle à l'écoulement des sécrétions; 6° il est probable que le tampon, en attirant les sécrétions, modifie le courant des liquides dans les voies lymphatiques en sens inverse; cette circonstance est surtout importante dans les cas où il s'agit des altérations des couches profondes de l'utérus.

Notons encore à la même Société une communication de **Dolinsky** sur l'**hypertrophie du thymus comme cause de mort des nouveau-nés**. Après avoir rappelé que Kopp, au commencement de ce siècle, a le premier attiré l'attention sur ce fait que l'hypertrophie du thymus peut déterminer la mort des nouveau-nés en provoquant ce qu'il a appelé l'asthme thymique, Dolinsky rapporte le cas suivant : un nouveau-né pesant 3.570 gr. et long de 53 centimètres, mourut subitement. Les dimensions du thymus étaient les suivantes : longueur, 9 centimètres, largeur 7 centimètres, épaisseur 2 cent. 1/2. On n'a trouvé à l'autopsie aucun symptôme de mort violente. Le professeur Ywanowsky a formulé ainsi que suit la cause de la mort : celle-ci est survenue par suite d'un obstacle formé par le thymus considérablement augmenté de volume, à la pénétration de l'air dans les voies aériennes. Dans une certaine position de la tête, par exemple dans le renversement de la tête en arrière, le thymus pouvait presser sur la trachée et s'opposer ainsi au passage de l'air.

BIBLIOGRAPHIE

G. Sarda. — *Cours de pathologie générale* (Camille Coulet, libraire-éditeur, Montpellier, et G. Masson, libraire-éditeur, Paris, 1896).

M. Sarda vient de réunir en un volume les leçons de Pathologie générale qu'il a faites à Montpellier pendant l'année scolaire 1893-1894. En rédigeant et en publiant ses leçons, l'auteur n'a fait que répondre au désir qui lui avait été exprimé par les étudiants d'une Faculté dans laquelle les traditions de Médecine générale ont toujours été en grand honneur.

Mais « notre illustre Faculté du Midi n'est plus la gardienne jalouse d'un dogme, ni la dépositaire exclusive des vérités traditionnelles »; aujourd'hui, comme l'a dit Bouchard « il n'y a plus des écoles, mais un fonds commun de connaissances, légué par les siècles et enrichi par le travail de chaque jour ». Aussi, M. Sarda a-t-il voulu réconcilier le passé et le présent, en éclairant « aux rayons de la science moderne », ce que la tradition nous avait légué. C'est ainsi que, se basant sur les découvertes pathogéniques les plus récentes, il s'est efforcé de démontrer, en disciple de Bouchard, que le microbe n'est pas tout, qu'il y a le terrain sur lequel ce microbe évolue, l'organisme avec toutes ses réactions propres, ses moyens de lutte et de défense; vérité redevenue banale aujourd'hui, ce rôle de l'organisme en présence de toute cause pathogène! mais que les résultats prodigieux de la microbiologie avaient, à un moment donné, fait quelque peu oublier.

Il nous est difficile d'analyser sommairement chacune des quatorze leçons qui forment ce volume; ce que nous venons de dire suffit pour montrer l'esprit philosophique avec lequel elles ont été professées.

Dans les premières leçons, on trouvera un exposé rapide et cependant complet, de l'évolution des doctrines médicales sur la vie et la maladie; l'histoire des divers systèmes qui se sont succédé jusqu'à la conception actuelle des états morbides, de l'affection, de la maladie, des diathèses ou tempéraments morbides.

L'hérédité est longuement étudiée dans ses diverses manifestations. Puis, viennent les leçons sur les éléments morbides, sur la nature médicatrice, enfin sur les constitutions médicales et leur adaptation aux découvertes les plus récentes de la pathogénie.

Tout cela est exposé avec méthode, tout à la fois très clairement et très scientifiquement, de façon à mettre à la portée de tous, les conceptions les plus élevées, les plus synthétiques de la philosophie médicale. C'était une tâche difficile que M. Sarda avait entreprise, et dont il ne pouvait mieux s'acquitter; aussi, sommes-nous convaincus que son *Cours de pathologie générale* sera bientôt entre les mains de tous ceux qui s'intéressent « aux doctrines traditionnelles » non moins qu'aux acquisitions de la « science médicale contemporaine ».

Dr E. de Lavarenne.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

NOURRICES

LES GALACTOGÈNES JOLIVET (SIROP, SEL ou VIN) augmentent la qualité et la quantité du lait des nourrices et constituent le meilleur tonique aussi bien pour la mère que pour l'enfant pendant l'allaitement. JOLIVET, 114, Fᵇ St-Honoré, Paris. Envoi (fco) d'un Sel contre 3 timbres. Sirop fco gare 9f.

LE **RÉGIME LACTÉ** modifié comme suit est toujours bien toléré : LAIT *sucré à volonté*, 1 VERRE. POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 CUILLERÉE.

Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit très bien les malades aigus ou chroniques et on leur permet de résister.

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.

SIROP ET GRANULES CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE ET GOUDRON

DOSES : Adultes, une cuillerée à bouche ou 2 granules matin et soir, 1 h. avant ou 2 h. après les repas.

PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, et Pharmacies.

TRAITEMENT INTENSIF DES

MALADIES de POITRINE et des VOIES RESPIRATOIRES

par les **CACHETS HÉRISÉ**

Tannate de Créosote iodoformée et Glycérophosphates.

Pharmacie HÉRISÉ, 21, Boulevard Rochechouart, PARIS.

DRAGÉES DE DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

CRÉOSOTAL HEYDEN

Contenant **92 0/0** de Créosote de Hêtre pure et **8 0/0** d'Acide carbonique

Seul moyen d'administrer la Créosote de Hêtre à hautes doses sans fatiguer l'estomac, 2 à 3 cuillerées à café par jour.

CACHET DE GARANTIE HH

EXIGER LE CACHET DE GARANTIE " HEYDEN "

AVIS. — C'est la première et seule préparation qui ait été expérimentée dans les hôpitaux et qui ait donné des résultats très satisfaisants pour la guérison de la **TUBERCULOSE.**

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

LA PLUS NUTRITIVE — LA PLUS directement ASSIMILABLE

PEPTONE CORNÉLIS

SANS ODEUR

Très agréable au Goût — Blanche, Sèche, Soluble

Analyses du Professeur MARTENSON, de Saint-Pétersbourg; du Professeur Van T'HOFF, d'Amsterdam; du Professeur THEUNIS, de Louvain; de M. GIRARD, Directeur du Laboratoire Municipal de la Ville de Paris, etc.

Officiellement admise dans les Hôpitaux

La **PEPTONE CORNÉLIS** représente exactement 10 fois son poids de viande de bœuf, débarrassée des matières grasses et des parties tendineuses.

La **PEPTONE CORNÉLIS** est le produit le plus utile aux malades affaiblis et à tous ceux qui veulent se SURALIMENTER. C'est l'aliment par excellence des personnes qui digèrent mal ou qui ne peuvent digérer.

Dose : 2 à 3 cuillerées à soupe par jour. — Ne se vend qu'en flacons dessiccateurs.

ENVOI FRANCO D'ÉCHANTILLONS.

Dépôt Général : L. BRUNEAU, Pharmacien de 1re Classe, LILLE